

CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN PARA RÉPLICAS

INTAKE DROP BOX
RECEIVED
2020 MAR 10 PM 12:10

CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, PR

4 de marzo de 2020

A: Tribunal de Distrito de los Estados Unidos

Para el Distrito de Puerto Rico

Sonia I. Espada Ortiz

De: Sonia I. Espada Ortiz

soniaespada.24@gmail.com

(787) 390-8426

Asunto: Adjunto Réplica sobre Reclamación # 130656

Talonario de Cheques

Planillas de Contribución Sobre Ingresos

Formulario W-2

Recibido por: _____

Fecha: _____

N 4323570

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 04/01/2004
Hasta: 04/16/2004

Cheque:

Fecha: 04/14/2004

SONIA I ESPADA ORTIZ
URB VILLA MADRID
U10 CALLE 19
COAMO PR 00769-0000
SS: [Signature]

Empleado:
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Susana Rivera
Titulo: M.Elemental
Sueldo: \$2,205.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Single
Concesiones: 0 0
Pct. Adcl.:
Cant. Adcl.:

| HORAS E INGRESOS | | | | | | IMPUESTOS | | |
|-------------------------------|-----------|--------------------|--------------------------------|--------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Descripcion | Sueldo | Corriente Horas | Ingresos | Acumulado Horas | Ingresos | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| Pago de Salarios Regulares | | | 1,102.50 | 432.00 | 7,717.50 | Fed MED/EE | 15.98 | 111.9 |
| | | | | | | PR Withholding | 82.60 | 578.2 |
| Total: | | | 1,102.50 | 432.00 | 7,717.50 | Total: | 98.58 | 690.10 |
| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | DEDUCCIONES PATRONALES | | |
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | 99.23 | 694.61 | RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae | 108.55 | 759.85 | GPR Plan de Retiro de Maestro | 93.71 | 655.97 |
| | | | AS FED MAESTROS AFT | 8.00 | 56.00 | FSED Disability Plan | 18.74 | 131.18 |
| | | | GPR Plan de Ahorros | 33.08 | 231.56 | | | |
| Total: | 99.23 | 694.61 | Total: | 149.63 | 1,047.41 | * Tributable | | |
| TOTAL BRUTO | | | TOTAL IMPUESTOS | | | DEDUCCIONES TOTALES | | |
| Corriente: | 1,102.50 | | | 98.58 | | | 248.86 | 755.06 |
| Acumulado: | 7,717.50 | | | 690.10 | | | 1,742.02 | 5,285.38 |
| PTO HORAS | | ACUM | DISTRIBUCION PAGA NETA | | | | | |
| Balance Inicial: | 0.0 | | Cheque # [Signature] | | | | | |
| + Acumulado: | | | Total: | | | | | |
| - Utilizado: | | | 755.06 | | | | | |
| - Donada: | | | | | | | | |
| + Ajustes: | | | | | | | | |
| Balance Final: | 0.0 | | | | | | | |

MENSAJE:

VIV

N002800104

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque:
Desde: 11/07/2005
Hasta: 11/18/2005 Fecha: 11/30/2005

SONIA I ESPADA ORTIZ
URB VILLA MADRID
U10 CALLE 19
COAMO PR 00769-0000
SS:

Empleado:
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Susana Rivera
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$2,455.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Single
Concesiones: 0 0
Pct. Adcl.:
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS

IMPUESTOS

| Descripcion | Corriente | | Acumulado | | Descripcion | Corriente | | Acumulado |
|-------------------------------|-----------|-------|-----------|----------|----------------|-----------|--|-----------|
| | Sueldo | Horas | Ingresos | Ingresos | | | | |
| Pago de Salarios Regulares | | | 1,227.50 | 1,326.00 | Fed MED/EE | 17.80 | | 417.02 |
| Licencia Enfermedad en Exceso | | | 0.00 | | PR Withholding | 100.10 | | 2,310.84 |

Total: 1,227.50 1,326.00 28,760.00 Total: 117.90 2,727.86

| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | 110.48 | 2,376.56 | RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae | 106.95 | 2,372.22 | GPR Plan de Retiro de Maestro | 104.34 | 2,244.48 |
| | | | AS FED MAESTROS AFT | 8.00 | 176.00 | FSED Disability Plan | 20.87 | 488.97 |
| | | | GPR Plan de Ahorros | 36.83 | 792.26 | | | |

Total: 110.48 2,376.56 Total: 151.78 3,340.48 * Tributable

| TOTAL BRUTO | | TOTAL IMPUESTOS | | DEDUCCIONES TOTALES | | PAGA NETA | |
|-------------|-----------|-----------------|----------|---------------------|----------|-----------|-----------|
| Corriente: | 1,227.50 | | 117.90 | | 262.26 | | 847.34 |
| Acumulado: | 28,760.00 | | 2,727.86 | | 5,717.04 | | 20,315.10 |

| PTO HORAS | ACUM |
|------------------|------|
| Balance Inicial: | 0.0 |
| + Acumulado: | |
| - Utilizado: | |
| - Donada: | |
| + Ajustes: | |
| Balance Final: | 0.0 |

| DISTRIBUCION PAGA NETA | |
|------------------------|--------|
| Cheque | 847.34 |
| Total: | 847.34 |

MENSAJE: ! HA LLEGADO EL MOMENTO DE ACTUAR ! "SI TIENES DIABETES,CUIDA TUS PIES Y ASI EVITARAS AMPUTACIONES"

U.S. Pat. no. 6,095,407

N1472131

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque:
Desde: 09/12/2006
Hasta: 09/25/2006 Fecha: 09/29/2006

SONIA I ESPADA ORTIZ
URB VILLA MADRID
U10 CALLE 19
COAMO PR 00769-0000
SS: *SE*

Empleado:
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Susana Rivera
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$2,455.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Single
Concesiones: 0 0
Pct. Adcl.:
Cant. Adcl.:

| HORAS E INGRESOS | | | | | IMPUESTOS | | |
|-------------------------------|--|-----------|-------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| Descripcion | | Corriente | | Acumulado | | Descripcion | |
| | | Sueldo | Horas | Ingresos | Horas | Ingresos | Corriente |
| Pago de Salarios Regulares | | | | 1,227.50 | 1,080.00 | 22,095.00 | 17.80 |
| Licencia Enfermedad en Exceso | | | | 0.00 | | 2,455.00 | 100.10 |
| Pago Retroactivo Regular | | | | 0.00 | | 250.00 | |

Total: 1,227.50 1,080.00 24,800.00 Total: 117.90 2,380.65

| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS | | |
|-------------------------------|--|-----------|--------------------------------|--|-----------|-------------------------------|--|-----------|
| Descripcion | | Corriente | Descripcion | | Corriente | Descripcion | | Corriente |
| | | Acumulado | | | Acumulado | | | Acumulado |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | | 110.48 | RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae | | 106.95 | GPR Plan de Retiro de Maestro | | 104.34 |
| | | 2,011.14 | OS-FEDERACION DE MAESTROS | | 8.00 | FSED Disability Plan | | 20.87 |
| | | | GPR Plan de Ahorros | | 36.83 | | | |
| | | | AS FED MAESTROS AFT | | 0.00 | | | |

Total: 110.48 2,011.14 Total: 151.78 2,739.54 * Tributable

| TOTAL BRUTO | | TOTAL IMPUESTOS | | DEDUCCIONES TOTALES | | PAGA NETA | |
|-------------|--|-----------------|--|---------------------|--|-----------|--|
| Corriente: | | 1,227.50 | | 262.26 | | 847.34 | |
| Acumulado: | | 24,800.00 | | 2,380.65 | | 17,668.67 | |

| PTO HORAS | |
|------------------|-----|
| Balance Inicial: | 0.0 |
| + Acumulado: | |
| - Utilizado: | |
| - Donada: | |
| + Ajustes: | |
| Balance Final: | 0.0 |

| DISTRIBUCION PAGA NETA | |
|------------------------|--------|
| Cheque | 847.34 |
| Total: | 847.34 |

MENSAJE:

U.S. Pat. no. 6,095,407

11-55447

UNITED FORMS & GRAPHICS (787) 276-8405

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
NO - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque:
Desde: 04/03/2007
Hasta: 04/18/2007 Fecha: 04/13/2007

ANIA I ESPADA ORTIZ
B VILLA MADRID
CALLE 19
AMO PR 00769-0000
Empleado: 8005021-Ponce Coamo
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Susana Rivera
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$2,455.00 Monthly
DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Single
Concesiones: 0 0
Pct. Adcl.:
Cant. Adcl.:

| HORAS E INGRESOS | | | | | IMPUESTOS | | |
|----------------------------|--------|-----------|----------|-----------|-----------|----------------|-----------|
| | | Corriente | | Acumulado | | | |
| Descripcion | Sueldo | Horas | Ingresos | Horas | Ingresos | Descripcion | Corriente |
| Pago de Salarios Regulares | | | 1,227.50 | 432.00 | 8,592.50 | Fed MED/EE | 17.80 |
| Falta Enfermedad en Exceso | | | 0.00 | | 1,166.12 | PR Withholding | 85.52 |
| Total: | | | | | 9,758.62 | Total: | |
| | | | | | | | |

| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | 110.48 | 773.36 | RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae | 106.95 | 748.65 | GPR Plan de Retiro de Maestro | 104.34 | 730.38 |
| | | | OS-FEDERACION DE MAESTROS | 8.00 | 56.00 | FSED Disability Plan | 20.87 | 146.09 |
| | | | GPR Plan de Ahorros | 36.83 | 257.81 | | | |
| Total: | | | Total: | | | * Tributable | | |
| | | | | | | | | |

| TOTAL BRUTO | | TOTAL IMPUESTOS | | DEDUCCIONES TOTALES | | PAGA NETA | |
|------------------|----------|-----------------|--------|------------------------|----------|-----------|----------|
| Corriente: | 1,227.50 | | 103.32 | | 262.26 | | 861.92 |
| Acumulado: | 9,758.62 | | 833.43 | | 1,835.82 | | 7,089.37 |
| PTO HORAS | | ACUMULADO | | DISTRIBUCION PAGA NETA | | | |
| Balance Inicial: | 0.0 | | | Cheque | | | 861.92 |
| + Acumulado: | | | | Total: | | | 861.92 |
| - Utilizado: | | | | | | | |
| - Donada: | | | | | | | |
| + Ajustes: | | | | | | | |
| Balance Final: | 0.0 | | | | | | |

MENSAJE: ' D E OFRECE COMIDAS GRATIS EN VERANO, EDADES DE 1-18 A&OS !PARTICIPA! 787-759-7221, 1-866-626-6432'

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 07.08

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

| INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION | |
|---|--|--|--|
| 7. Sueldos - Wages 35112.33 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | | |
| 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | | |
| 9. Concesiones - Allowances 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 35112.33 | | |
| 10. Propinas - Tips 0.00 | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 509.13 | | |
| 11. Total=7+8+9+10 35112.33 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | | |
| 12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00 | | |
| 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2627.82 | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | | |
| 14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2840.32 | | | |
| 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | | | |
| 16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00 | | | |

| | |
|--|--|
| 1. Nombre-First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 | 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año Day Month Year |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00 |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008 Year: |
| Fecha de Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | |
| Número de Control - Control Number 017555263 | |

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
081 - DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS

Grupo de Pago: IRR-Quincenal - (Por Hora) # Cheque:
Desde: 07/16/2009
Hasta: 07/31/2009 Fecha: 07/30/2009

| | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|--|-----------|-----------|
| SONIA ESPADA ORTIZ DEPARTAMENTO DE EDUCACION HATO REY PR 00917 | | | # Empleado: 1 Dept: 8103021-Force Coamo Oficina: Susana Rivera Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$25.000000 Hourly | | | DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 0 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.: | | |
| HORAS E INGRESOS | | | | | | IMPUESTOS | | |
| Descripcion | Sueldo | Corriente | Ingresos | Horas | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| Pago de Salarios Regulares | | | 3,787.50 | 240.00 | 4,237.50 | Fed MED/EE | 54.91 | 61.4 |
| | | | | | | Fed OASDI/EE | 234.83 | 262.7 |
| | | | | | | PR Withholdng | 813.63 | 825.0 |
| Total: | | | 3,787.50 | 240.00 | 4,237.50 | Total: 1,103.37 1,149.1 | | |
| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS | | |
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| | | | | | | FSED Disability Plan | 64.39 | 72.0 |
| Total: 0.00 0.00 | | | Total: 0.00 0.00 | | | * Tributable | | |
| TOTAL BRUTO | | | TOTAL IMPUESTOS | | | DEDUCCIONES TOTALES | | |
| Corriente: | 3,787.50 | | | 1,103.37 | | | 0.00 | 2,684.13 |
| Acumulado: | 4,237.50 | | | 1,149.18 | | | 0.00 | 3,088.32 |
| PTO HORAS | | | ACUM | | | DISTRIBUCION PAGA NETA | | |
| Balance Inicial: | 0.0 | | | | | Cheque | | 2,684.13 |
| + Acumulado: | | | | | | Total: | | 2,684.13 |
| - Utilizado: | | | | | | | | |
| - Donada: | | | | | | | | |
| + Ajustes: | | | | | | | | |
| Balance Final: | 0.0 | | | | | | | |

MENSAJE:

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 05 10

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 1. Nombre-First Name SONIA | | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. <i>JE</i> | 7. Sueldos - Wages 33892.69 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <i>JE</i> | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | | 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 33892.69 |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750526 SUSANA RIV DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | | 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00 | 10. Propinas - Tips 0.00 | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 491.44 |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | | Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2010 | 11. Total=7+8+9+10 33892.69 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 |
| Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | | | 12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 |
| Número de Control - Control Number 107609281 | | | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2301.06 | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 |
| | | | 14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2921.52 | 24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0.00 |
| | | | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | |
| | | | 16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00 | |

Reproducido por: Departamento de Hacienda

| | | | | | |
|--|---------|--|--|---|--|
| FCR MA CORTA | | <input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) | | Número de Serie | |
| Liquidador | Revisor | 2011 | | 2011 | |
| GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA | | PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS | | AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL | |
| R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M | | 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011 | | <input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA | |
| Nombre del Contribuyente | | Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| SONIA | | I | | ESPADA ORTIZ | |
| Dirección Postal | | Fecha de Nacimiento | | Sexo | |
| URB VILLA MADRID | | Día Mes Año | | <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F | |
| W-17 Calle 17 | | Número de Seguro Social Contribuyente | | Número de Seguro Social Cónyuge | |
| Coamo PR | | Código Postal 00769 | | Fecha de Nacimiento del Cónyuge | |
| *Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí* | | Día Mes Año | | Sexo | |
| Nombre e Inicial del Cónyuge | | Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Dirección Residencia Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) | | Teléfono Residencia | | Teléfono del Trabajo | |
| URB VILLA MADRID W-17 Calle 17 | | (787) 000-0000 | | | |
| Coamo PR | | Código Postal 00769 | | Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No | |
| Correo Electrónico (E-Mail) PLANILLASGABBY@YAHOO.COM | | PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS | | Sello de Recibido | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| Cuestionario | SI NO | | E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: | |
| | A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? | | 1. <input type="radio"/> Casado | |
| B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año? | | (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) | | |
| C. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? | | 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual | | |
| (Someta Anejo IE Individuo) | | (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) | | |
| D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: | | 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado | | |
| 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas | | (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) | | |
| 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal | | | | |
| 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada | | | | |
| 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado | | | | |
| Su ocupación Maestro de Escuela 6110 | | Ocupación cónyuge | | |

| | | | | |
|---|---|------|----------|----|
| Reintegro | PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. | | | |
| | 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) | | | |
| Pago | A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan | | (01) | 00 |
| | B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico | | (02) | 00 |
| | C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) | | (03) | 00 |
| | | | (04) | 00 |
| 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) | | (05) | 1,033 00 | |
| 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado | | (06) | 00 | |
| (b) Intereses | | (07) | 00 | |
| (c) Recargos y Penalidades | | (08) | 00 | |
| 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) | | (10) | 1,033 00 | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Depósito | AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO | |
| | Tipo de cuenta | Número de ruta/tránsito |
| <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros | | Número de su cuenta |
| Cuenta a nombre de: | | |
| (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) | | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|
| Declaro bajo juramento de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. | | | |
| Firma del Contribuyente | | Firma del Cónyuge | |
| X FIRMADA ELECTRONICAMENTE | | X | |
| Fecha 16/04/2012 | | Fecha | |
| Nombre del Especialista (Letra de Molde) | | Nombre de la Firma o Negocio | |
| GABBY A ORTIZ HERNANDEZ | | GABBY A ORTIZ HERNANDEZ | |
| Número de Registro | Número de Identificación Patronal | Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) | Firma del Especialista |
| 010480 | 66-0607056 | <input checked="" type="radio"/> | FIRMADA ELECTRONICAMENTE |
| NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista | | 16/04/2012 | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 1. Nombre-First Name SONIA | | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. JE | | 7. Sueldos - Wages 35941.87 | | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) JE | | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URE VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | | 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year | | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 35941.87 | |
| | | 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00 | | 10. Propinas - Tips 0.00 | | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 521.16 | |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750526 SUSANA RIV DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | | 6A. Costo de cubierta de salud auspiciada porel patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 | | 11. Total=7+8+9+10 35941.87 | | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | |
| | | 6B. Donativos Charitable Contributions 0.00 | | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 | |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | | Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year: | | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1462.33 | | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | |
| Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year | | | | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2919.38 | | | |
| Número Control - Control Number 125527651 | | | | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | | | |
| | | | | 16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00 | | | |
| | | | | 16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | | | |

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 01-13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Exhibit Page 11 of 16

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Nombre-First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. JE | 7. Sueldos - Wages 35245.88 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) JE | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Médica Medicare Wages and Tips 35245.88 |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00 | 10. Propinas - Tips 0.00 | 20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 511.00 |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | 6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 | 11. Total=7+8+9+10 35245.88 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 |
| Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year | 6B. Donativos Charitable Contributions 0.00 | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001 | Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year: | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1262.32 | 23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 |
| Número Control - Control Number 004490826 | | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2914.21 | |
| | | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | |
| | | 16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00 | |
| | | 16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | |

Formulario
F. 499R-LW-2 PH
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| 1. Nombre - First Name SONIA | | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION | |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | 7. Sueldos - Wages 33401.58 | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | 10. Propinas - Tips 0.00 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | | 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 | 11. Total=7+8+9+10 33401.58 | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 33401.58 | |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | | Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1092.82 | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2891.39 | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 484.32 | |
| Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Dia Mes Año Day Month Year | | | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | 16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S140003 | | | 16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 | |
| Número Control - Control Number 004404316 | | Año: Year: 2014 | | | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 | | | | | | |

Reproducido por: Departamento de Hacienda

| | | |
|--|--|--|
| SONIA I ESPADA ORTIZ URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 SS: XXX-XX | # Empleado: XXXXX Dept: 8005137-SANTA ISABEL-PONCE Lugar: SUSANA RIVERA Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,705.00 Monthly | DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Single Concesiones: 0 0 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.: |
|--|--|--|

| HORAS E INGRESOS | | | | | | IMPUESTOS | | |
|----------------------------|--------|-----------|----------|-------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| Descripcion | Sueldo | Corriente | Ingresos | Horas | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| Pago de Salarios Regulares | | | 1,352.50 | 60.00 | 1,352.50 | Fed FICA Med Hospital Ins / EE | 19.61 | 19.61 |
| | | | | | | PR Withholding | 44.45 | 44.45 |
| Total: | | | 1,352.50 | 60.00 | 1,352.50 | Total: | 64.06 | 64.06 |

| DEDUCCIONES | | | DEDUCCIONES GENERALES | | | BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | Corriente | Acumulado |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | 121.73 | 121.73 | AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular | 92.32 | 92.32 | GPR Plan de Retiro de Maestro | 114.96 | 114.96 |
| | | | SM-First Medical Health Plan | 24.50 | 24.50 | FSED Disability Plan | 22.99 | 22.99 |
| | | | SC-TRIPLE-S VIDA INC | 9.00 | 9.00 | | | |
| | | | AS-ASOC MAESTROS DE P.R. | 8.50 | 8.50 | | | |
| | | | Ahorros-AEELA | 40.58 | 40.58 | | | |
| Total: | 121.73 | 121.73 | Total: | 174.90 | 174.90 | * Tributable | | |

| TOTAL BRUTO | BRUTO TRIBUT. FED | TOTAL IMPUESTOS | DEDUCCIONES TOTALES | PAGA NETA |
|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|-----------|
| Corriente: 1,352.50 | 0.00 | 64.06 | 296.63 | 991.81 |
| Acumulado: 1,352.50 | 0.00 | 64.06 | 296.63 | 991.81 |

| PTO HORAS | ACUM |
|------------------|------|
| Balance Inicial: | 0.0 |
| + Ganada: | |
| + Compra: | |
| - Usada: | |
| - Donada: | |
| + Ajustes: | |
| Balance Final: | 0.0 |

| DISTRIBUCION PAGA NETA | |
|------------------------|--------|
| Aviso #7 | 991.81 |
| Total: | 991.81 |

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
01/15/2015

Aviso No.
3913447

Cant. Deposito: \$991.81

A la
Cuenta(s) De

SONIA I ESPADA ORTIZ
URB VILLA MADRID
U10 CALLE 19
COAMO, PR 00769-0000
Localizacion: SUSANA RIVERA

| DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO | | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|
| Tipo de Cuenta | Numero de Cuenta | Cant. Deposito |
| Savings | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | 991.81 |
| Total: | | 991.81 |

NO-NEGOCIABLE

| Formulario Form 499R-2W-2 PR Rev. 08.16 | | ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT | | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |
|---|---|---|--|--|--|
| 1. Nombre - First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | 7. Sueldos - Wages 33014.16 | | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | | 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 33014.16 | |
| Fecha de Nacimiento Date of Birth | 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 | 10. Propinas - Tips 0.00 | | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 478.71 | |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT. DE EDUCACION - MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records | 11. Total=7+8+9+10 33014.16 | | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 | |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1063.88 | | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021 | | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2917.39 | | | |
| Número Control - Control Number 006251795 | Año: 2016 Year: | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contribuciones to CODA PLANS 0.00 | | | |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 | | Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) | | | |
| | | 16. Código/Code 0.00 | | | |
| | | 16A. Código/Code 0.00 | | | |
| | | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | | | |

| COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT | | | | INFORMATION | | SOCIAL SECURITY INFORMATION | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 1. Nombre - First Name SONIA | | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | | 7. Sueldos - Wages 33,059.62 | | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | |
| Apellido(s) - Last Name(s) I ESPADA ORTIZ | | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | |
| Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO PR 00769 | | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00 | | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 33,059.62 | |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year | | 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 | | 10. Propinas - Tips 0.00 | | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 479.36 | |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919 | | Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records | | 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 33,059.62 | | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508 | | | | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 | |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | | | | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,067.25 | | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008 | | | | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,914.71 | | | |
| Número Control - Control Number 006975278 | | Año: 2017 Year: | | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 | | | |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 | | | | Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00 | | | |
| | | | | 16. 0.00 | | | |
| | | | | 16A. 0.00 | | | |
| | | | | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.



222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

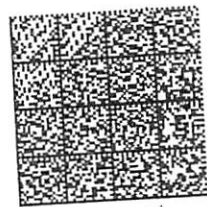
| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 1. Nombre - First Name SONIA I | | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | | 7. Sueldos - Wages 35,546.90 | | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 | |
| Apellido(s) - Last Name(s) ESPADA ORTIZ | | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 | |
| Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO PR 00769 | | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00 | | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 35,546.90 | |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year | | 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 | | 10. Propinas - Tips 0.00 | | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 515.43 | |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000 | | Patrono - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: | | 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 35,546.90 | | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 | |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | | A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 | | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales 0.00 | | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 | |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | | B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services | | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,301.00 | | 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00 | |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216 | | C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: | | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3,021.55 | | | |
| Número Control - Control Number 180048808 | | Año: 2018 Year: | | 15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0.00 | | | |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 | | | | Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0.00 | | | |
| | | | | Código/Code 16A. 0.00 | | | |
| | | | | Código/Code 16B. 0.00 | | | |
| | | | | 16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00 | | | |

2d/2/19 JBP



1U18-00688355

Sello



5120
02/20/2019
\$1.00

Sello de Rentas Internas
00063-2019-0220-98593003